

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon privat
Arbeitgeber
PLZ/Ort
Telefon Geschäft
Versicherer
Vers.-/Unfall-Nr.
FID-Nr.

Diagnose

- separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG
- Krankheit Unfall Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Verordnung:	<input checked="" type="checkbox"/> erste	<input checked="" type="checkbox"/> zweite	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	<input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung
-------------	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---

Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
 Verbesserung der Gelenksfunktion
 Verbesserung der Muskelfunktion
 Propriozeption/Koordination
 Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
 Entstauung
 Anderes: _____
 Spezielles
 Funktioneller Verband (Tape)
 Instruktion

Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

2 Serien à 9x
GLA:D

Anz. Behandlungen: Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach Behandlungen

Vermietung von Geräten:

Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

Datum: Unterschrift: _____

Datum: Unterschrift: _____

Bemerkungen: